

بررسی مقایسه‌ای نشانه‌های خلقی، اضطرابی و تصویر بدنی در افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و افراد غیر مبتلا

سمیه منتشلو^{۱*}، محمدرضا شعیری^۲، لیلا حیدری نسب^۳، سعیده ایزدی دهنوی^۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۷/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، تعیین تفاوت نشانه‌های خلقی، اضطرابی و تصویر بدنی افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و افراد غیرمبتلا بوده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر پیرو طرحی از نوع تحقیقات علی مقایسه‌ای است. به این منظور ۲۸ بیمار مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و ۲۸ شرکت کننده غیرمبتلا که از نظر ملاک‌های مختلف از جمله سن، جنسیت و تحصیلات با گروه مبتلا هم‌تاسازی شده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از مصاحبه‌ی ساختاریافته و پرسشنامه‌های نگرانی از تصویر بدنی و DASS-21 مورد سنجش قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از وجود تفاوت معنادار در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و تصویر بدنی بین دو گروه مبتلا و غیرمبتلا می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از این می‌باشد که علیرغم تفاوت‌های فرهنگی، همسویی با برخی از نتایج دیگر در دنیا قابل چشم پوشی نیست و بین دو گروه مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و افراد غیرمبتلا تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای در مؤلفه‌های مورد اشاره دیده شده است و نیز می‌توان ادعا کرد افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی از مسائل مشترکی رنج می‌برند به گونه‌ای که این اختلال چه در حد ذهنی باقی بماند و چه به تغییر جنس کامل منجر شود دربردارنده‌ی پیامدهای قابل توجهی است.

واژگان کلیدی: اختلال ملال جنسیتی، خلقی، اضطرابی، تصویر بدنی

مقدمه

هایی که غالباً خصوصیات ویژه‌ی دو جنس محسوب می‌شود، شکل می‌گیرد. به‌طور معمول مختصات جنسی و جنسیتی مردم با یکدیگر هماهنگ است، اما گاهی این مختصات با یکدیگر ناسازگارند (۲). هنگامی که این ناسازگاری دارای ویژگی‌های خاصی می‌شود آنگاه متخصصان علوم رفتاری از نوعی اختلال صحبت می‌کنند که تحت نام اختلال ملال جنسیتی تعریف می‌شود. در واقع تعریفی که یک فرد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی^۴ از خودش ارائه می‌دهد یک هویت روان‌شناختی است که با جنس کالبدشناختی قابل مشاهده‌ی او متفاوت است (۳). در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا،^۵ ۲۰۱۳) از عنوان اختلال ملال جنسیتی^۶ به جای اختلال هویت جنسیتی^۷ استفاده شده که به‌صورت زیر تعریف شده است: داشتن احساس پریشانی نسبت به جنس زیستی خود که با آن جنسی که فرد تجربه و ابراز می‌کند هماهنگی

هویت جنسیتی^۱ که بخش مهمی از هویت هر انسان را تشکیل می‌دهد، بازتاب تصویری است که هر فرد به‌عنوان یک زن یا مرد از خود دارد. فرد می‌آموزد با توجه به اینکه مرد یا زن آفریده شده است باید به شیوه‌ی خاصی بیندیشد، رفتار و احساس خاصی داشته باشد (۱). هویت جنسیتی انسان تحت تأثیر دو مؤلفه‌ی اکتسابی و غیراکتسابی سامان می‌گیرد. جنس^۲ به‌عنوان یک عامل غیر اکتسابی شامل ویژگی‌های زیستی، کالبدی، جسمانی و کروموزومی است که مرد و زن را از یکدیگر متمایز می‌سازد؛ اما جنسیت^۳ به‌عنوان یک عامل اکتسابی، زن و مرد را به لحاظ اجتماعی _ فرهنگی از یکدیگر جدا می‌کند و بر اساس ویژگی-

۱. کارشناس ارشد، روان‌شناس بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

* نویسنده مسؤول (Email: mantashloo.s@gmail.com)

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

6. Gender Dysphoria Disorder
6. American Psychotric Association
7. Gender Dysphoria
8. Gender Identity Disorder

1. Gender Identity
3. Sex
4. Sexuality

خودکشی و اختلالات مرتبط با مصرف مواد نیز از سایر مسائل مرتبط با این اختلال به شمار می‌آیند (۱۳). همچنین شیوع آسیب‌های اجتماعی و انحرافات اخلاقی در میان مبتلایان به این اختلال نیز رو به افزایش است، به‌خصوص این افزایش در مصرف الکل، سرقت، رفتارهای جنایی و انحرافات جنسی مشهودتر است (۱۴). از جمله مشکلات دیگر این افراد فقدان ارتباط رضایت‌بخش با خانواده، اطرافیان، مردم و مورد سوءظن و قضاوت‌های منفی بودن و عدم این افراد از ابعاد گوناگون در جامعه و خانواده نیز تحت فشار و استرس هستند. اولین مشکل در خانواده این است که به علت دیدگاه‌های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی، حاضر به قبول چنین مسئله‌ای نیستند. ترس از زبازشدن، بی‌آبرویی در فامیل و محله، از دست دادن حس اعتماد و موردقبول واقع شدن باعث می‌شود خانواده در مقابل خواسته‌ی فرزندان مقاومت نشان بدهد و نتیجه‌ی آن در برخی از موارد، جدال، کشمکش، ضرب و شتم و راندن آن‌ها از خانواده و خانه است. از طرف دیگر به خاطر شکل ظاهری رفتارهای تا حدی نامتعارف که افراد مبتلا دارند و به دلیل فقدان آگاهی‌های عمومی، بسیاری از مردم این اختلال را نوعی انحراف جنسی می‌دانند و به این دلیل این افراد را در شبکه‌ی اجتماعی خود نمی‌پذیرند. وضعیت یادشده با احساس طردشدگی از شبکه‌ی تعاملات اجتماعی و کاهش سرمایه‌ی اجتماعی همراه است. گرچه فشار اجتماعی موجود بر این بیماران بسیار بالا است اما تأثیر آن مثل هر استرس دیگری تا حد زیادی به ارزیابی شناختی آن‌ها از مسئله و نیز منابعی که برای کنار آمدن دارند بستگی دارد (۱۵).

از جمله مسائل دیگری که در ارتباط با این گروه از مبتلایان مطرح می‌شود بیزاری از جسم و ظاهر فیزیکی خود می‌باشد که منجر به نگرانی از تصویر بدنی اشان می‌شود (۱۶). تصویر بدنی یک مفهوم گسترده و پویا بوده و شامل ادراک فرد از اندازه و تناسب بدن است که با تفکر و احساس و دیدگاه سایر افراد نسبت به بدن او همراه می‌باشد. تصویر بدنی دارای یک ساختار چند بعدی است که شامل دو بخش مستقل ادراکی (تخمین اندازه بدن) و نگرشی (شناخت و احساس فرد نسبت به بدن) می‌باشد. افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند، معمولاً احساس خوبی نیز نسبت به زندگی خواهند داشت اما تصویر ذهنی که مورد پذیرش فرد نباشد، منجر به تغییراتی در احساس ارزشمند بودن فرد می‌شود (۱۷). مطالعات نشان داده‌اند ایجاد یک تصویر بدنی رضایت‌بخش و تجربه‌ی ذهنی از ظاهر فیزیکی برای افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی دشوار می‌باشد که این مسئله گاهی اوقات منجر به آشفتگی‌هایی در تصویر بدنی می‌شود. و نیز افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی علاوه بر اینکه به خاطر شکل ظاهری از محیط و جامعه تحت فشار هستند، اشتغال فکری فراوانی نسبت به بدن خود دارند و به

ندارد. این عدم هماهنگی و احساس تعلق به جنس مخالف شامل جنبه‌های مختلفی می‌شود از جمله: جنبه‌ای مربوط به ادراک خویشتن، تصویر بدنی، روابط بین فردی، به‌کارگیری مکانیزم‌های دفاعی و سازگاری اجتماعی (۴).

پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) اختلال ملال جنسیتی را به سه دسته تقسیم می‌کند: ملال جنسیتی کودکان، ملال جنسیتی بزرگسالان و نوع نامتمایز که هر کدام ملاک‌های تشخیصی خاصی را دارا هستند.

افراد مبتلا به این اختلال بر اساس جنس زیستی اولیه‌ای که با آن به دنیا می‌آیند به دو گروه اصلی تقسیم می‌شوند: برخی از آن‌ها جنس زیستی مذکر و هویت جنسی مؤنث دارند (MF-TS) گروهی دیگر دارای جنس زیستی مؤنث و هویت جنسی مذکر می‌باشند (FM-TS) (۵).

بسیاری از متخصصان معتقدند که شاید عوامل زیستی-ژنتیکی و پیش تولدی نقش اصلی را در این اختلال ایفا می‌کنند (۶). همچنین می‌توان به این نکته نیز اشاره کرد که در مبتلایان به این اختلال متغیرهای متعددی را در فضای ارتباطات درون خانوادگی و شرایط اولیه رشد مشاهده می‌کنیم که آنان را از دیگران متمایز می‌سازد، این تمایز این فرض را قوت می‌بخشد که چارچوب رشد و ارتباطات اولیه‌ی کودک می‌تواند کیفیتی را فراهم سازد که منجر به ایجاد اختلال ملال جنسیتی شود (۷). اختلال ملال جنسیتی چه در حد ذهنی باقی بماند و چه به تغییر جنس کامل منجر شود دربردارنده‌ی پیامدهای قابل توجهی است، به‌طوری که مسیر زندگی این افراد را دگرگون می‌سازد و این وضعیت دوگانه‌ای که این افراد با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند به‌طور معناداری موجب اختلال روانی و تضعیف عملکرد آن‌ها می‌شود (۸)؛ که در مبتلایان شدید این تضعیف می‌تواند به‌صورت یک سیر صعودی باشد (۹).

مطالعه‌ی ادبیات پژوهشی مربوط به این گروه از بیماران نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی مسائل روان-شناختی، اجتماعی و اختلال‌های روان‌پزشکی قابل توجهی به همراه دارند (۱۰). این اختلال بر نظام شخصیتی و رفتاری و در نهایت بر سازگاری افراد تأثیر می‌گذارد. بررسی‌ها در مورد میزان اقدام به خودکشی در این بیماران، در ایالت متحده، از ۱۶ درصد تا ۳۷ درصد گزارش شده است که البته فقط ۳ الی ۴ درصد به مرگ منتهی می‌شود (۱۱) و در ایران این آمار ۶۵ درصد گزارش شده است (۱۲). البته باید توجه داشت که تفاوت بین دو آمار مورد اشاره، تبیین نشده و نیز دقت آن هم ممکن است مورد سؤال و تردید باشد. مقوله‌ی اختلال ملال جنسیتی علاوه بر مسائل فراوانی که برای بیماران به وجود می‌آورد، تا حدودی با برخی از جراثیم دیگر نیز مرتبط است و گاه می‌تواند باعث آسیب رساندن به خود یا حتی دیگران شود. افسردگی، اقدام به

می‌تواند بر مسائل ارتباطی و سازگاری‌های فردی و اجتماعی این بیماران مؤثر افتد، مسئله‌ی اساسی تحقیق حاضر این است که به مقایسه‌ی نشانه‌های خلقی، اضطرابی و تصویر بدنی در بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی با افراد غیر مبتلا بپردازد.

روش بررسی

پژوهش حاضر پیرو طرحی از نوع تحقیقات علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری تحقیق حاضر دربرگیرنده دو گروه است: الف) گروه مبتلا به اختلال ملال جنسیتی؛ جامعه آماری گروه بالینی دربرگیرنده تمام افرادی است که با شکایت در مورد پذیرش جنس خویش به مراکز مختلف درمانی در شهر تهران رجوع کرده‌اند؛ مراکز چون پزشکی قانونی، واحد حمایت از بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی سازمان بهزیستی و کلینیک‌های تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی و پزشکان متخصص جراحی عمومی که در این حوزه به فعالیت مشغول هستند. ب) گروه غیرمبتلا به اختلال ملال جنسیتی؛ جامعه آماری افراد غیر مبتلا دربرگیرنده‌ی تمام افرادی است که از نظر ملاک‌های مختلف از جمله سن (بر اساس قرار گرفتن در یک دامنه‌ی سنی ۳ ساله با افراد مبتلا)، جنس (معیار انتخاب نمونه غیر بالینی، بر اساس هویت جنسیتی افراد، یعنی جنس کنونی نمونه بالینی بعد از عمل جراحی، یا جنسی که فرد برای تغییر، نسبت بدان اقدام نموده، می‌باشد)، تحصیلات (بر اساس قرار گرفتن در سه طبقه‌ی: ۱- دیپلم و فوق دیپلم ۲- لیسانس ۳- فوق لیسانس و دکتری) با افراد مبتلا همتاسازی شده، اما دارای معیارهای تشخیصی اختلال ملال جنسیتی نیستند.

شیوه نمونه‌گیری در مطالعه حاضر به صورت زیر می‌باشد: ۱) نمونه‌ی مبتلا به اختلال ملال جنسیتی: افرادی که توسط گروه LMO (سازمان پزشکی قانونی) تشخیص قطعی اختلال ملال جنسیتی دریافت نموده و به مراکز و کلینیک‌های پزشکی جهت اقدامات لازم در راستای تغییر جنس مراجعه نموده، مبنای نمونه‌گیری این تحقیق بوده‌اند. از این میان عده‌ای در انتظار عمل جراحی و طی کردن اقدامات پیش از عمل جراحی می‌باشند و عده‌ای نیز تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند که به‌صورت در دسترس، گزینش شده و موردسنجش قرار می‌گیرند.

۲) نمونه‌ی غیرمبتلا به اختلال ملال جنسیتی: افرادی که از نظر ملاک‌های مختلف از جمله سن (بر اساس قرار گرفتن در یک دامنه‌ی سنی ۳ ساله با افراد مبتلا)، جنس (معیار انتخاب نمونه غیر بالینی، بر اساس هویت جنسیتی افراد یعنی جنس کنونی نمونه بالینی بعد از عمل جراحی، یا جنسی که فرد برای تغییر، نسبت بدان اقدام نموده، می‌باشد)، تحصیلات (بر اساس قرار گرفتن در سه طبقه‌ی: ۱- دیپلم و فوق دیپلم ۲- لیسانس ۳-

صورت وسواس گونه‌ای به کاوش جسم خود می‌پردازند و همواره گرایش به بدریخت‌انگاری بدن خویش دارند (۱۸). و نیز پژوهش‌ها نشان داده‌اند این نگرانی در مورد ظاهر جسمانی ارتباط مستقیم با اختلال در عملکرد جنسی و نیز ابتلا به اختلال‌های خوردن دارد (۱۹). با این وجود تحقیقات کمی به بررسی تصویر بدنی این افراد از خودشان پرداخته‌اند.

در مجموع همان‌طور که از نتایج پژوهش‌های مختلف مشخص است افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی در ابعاد مختلف روان‌شناختی و روان‌پزشکی با افراد غیر بیمار وهم‌چنین با مبتلایان به سایر اختلالات روانی و شخصیت تفاوت‌های معناداری دارند که این تفاوت‌ها در بین گروه‌های مختلف زیرمجموعه‌ی این اختلال از جمله اولیه و ثانویه، مرد به زن و زن به مرد، و همچنین قبل و بعد عمل جراحی نیز مشاهده می‌شود؛ که این تفاوت‌ها در مسائل مربوط به تشخیص و درمان این اختلال حائز اهمیت است؛ اما همان‌طور که مشخص است علی‌رغم پیچیدگی و چند بعدی بودن این اختلال و اهمیت بعد روان‌شناختی در تشخیص دقیق و درست و ارائه‌ی راهکاری متناسب پژوهش‌های محدودی بر روی این گروه از بیماران صورت گرفته است.

علاوه بر مسائل ذکر شده با توجه به بافت فرهنگی کشور ما تصور بر این است که فشار مضاعف و محدودیت‌های بیشتری برای این گروه وجود دارد. در ایران بعد از انقلاب اسلامی، فتوای تغییر جنسیت توسط علمای دینی صادر شده است و صدها نفر مجوز قانونی برای عمل جراحی تغییر جنسیت گرفتند و در دهه‌ی گذشته میزان درخواست برای عمل سیر صعودی داشته است (۱۰). این افراد نیازمند همدلی و همراهی اطرافیان به‌ویژه خانواده‌ی خود هستند، ولی به‌واسطه‌ی عدم آگاهی و نداشتن اطلاعات کافی خانواده و دیگران، در این زمینه از جانب آن‌ها مورد نکوهش قرار می‌گیرند و طرد می‌شوند. چنین افرادی به دلیل عدم انطباق با هنجارهای جامعه از سوی اطرافیان برچسب‌ها و انگ‌های بدنام‌کننده‌ای دریافت می‌کنند که هویت اجتماعی آن‌ها را مخدوش ساخته و باعث انزوا و طرد شدن ایشان می‌شود (۱۷). برای کمک به این افراد و درنهایت کمک به بهداشت روانی جامعه بالا بردن آگاهی عمومی جامعه در مورد این اختلال ضرورت دارد. (۲۰). از سویی دیگر تحقیق روی این گروه از بیماران در کشورهای غیر غربی می‌تواند برای شناسایی شباهت‌ها و تفاوت‌های ویژگی‌های بالینی و همبودی این اختلال بین ملت‌هایی با تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی و جهت‌گیری‌های سیاسی تأثیرگذار بر جنس مفید باشد. با این وجود اطلاعات اندکی در مورد مشخصه‌های روانی و شخصیتی این بیماران در ایران وجود دارد. (۲۱).

با توجه به تمهیدات یاد شده و با توجه به آشنایی کمتر و پرداختن محدودتر نسبت به این اختلال در جامعه ایران که این خود

این پرسشنامه از ۲۱ عبارت مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است که با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین صفر تا ۳) درجه‌بندی می‌شود. هر یک از سه مقیاس دارای ۷ سؤال است. پایایی مقیاس بر روی ۱۷۹۴ فرد بزرگسال انگلیسی برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس و نمره‌ی کل به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۲). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی بر روی دانشجویان ایرانی حاکی از وجود سه عامل استرس، اضطراب و افسردگی با تبیین ۰/۵۴ واریانس بود. ضرایب همبستگی متوسط و قوی بین ابعاد پرسشنامه با ابعاد مشابه در پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه چندبعدی سلامت روانی (MHQ) حاکی از اعتبار همگرا و واگرایی پرسشنامه بوده است. ضریب باز آزمایی (به فاصله سه هفته) برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ و ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ حاکی از پایایی مناسب این مقیاس بوده است (۲۳). هدف استفاده از این مقیاس، کنترل تأثیر افسردگی بر نتایج تست می‌باشد.

۲. پرسشنامه‌ی نگرانی از تصویر بدنی

پرسش‌نامه‌ی ۱۹ سؤالی نگرانی درباره تصویر بدنی به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره ظاهرش می‌پردازد. این مقیاس توسط لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) طراحی شده است. مولفان یاد شده نشان دادند که این ابزار از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار است. پایایی این ابزار در ایران نیز به روش همسانی درونی بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است (۲۴) و بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶) به بررسی اعتبار این تست از طریق ارزیابی ضریب همبستگی بین مقیاس ترس از تصویر بدنی و مقیاس ترس از ارزیابی منفی پرداختند که میزان آن از ۰/۴۳ ($p < 0/001$) معنادار بود. نمره گذاری این ابزار به صورت لیکرتی از ۱ تا ۵ می‌باشد. در این پژوهش، از این پرسشنامه، برای بررسی بدشکلی بدنی در دو گروه مورد مطالعه استفاده شده است.

۳. مصاحبه‌ی بالینی

مصاحبه‌ی بالینی ساخت یافته بر مبنای معیارهای تشخیصی اختلال ملال جنسیتی در DSM-5 و جنبه‌های افتراقی آن (مبدل پوشی، وجود هذیان‌ها) (۱۵) تنظیم گردید. این مصاحبه دربرگیرنده‌ی معیارهای A (وجود شش معیار از هشت معیار) و B بوده و در مورد گروه بالینی و غیر بالینی انجام شده است. همچنین اختلال مبدل پوشی و نیز وجود هذیان‌ها، برای تشخیص افتراقی مورد بررسی قرار گرفتند. در این مصاحبه در آغاز سوالات مرتبط با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نیز سوالات مرتبط با شرایط فرد در شش ماه گذشته در مورد وضعیت سلامت وی و بستری بودن یا نبودن او تنظیم شده بود.

مراحل زیر برای انجام پژوهش حاضر طی شده است:

فوق لیسانس و دکتری) با افراد مبتلا در یک گروه قرار می‌گیرند، اما دارای معیارهای تشخیصی ملال جنسیتی نیستند به صورت در دسترس و مبتنی بر هدف و بر اساس هم‌تاسازی‌های یاد شده گزینش شده و مورد سنجش قرار گرفتند.

با توجه به اینکه تعداد نمونه در بسیاری از مقالات خارجی استناد شده که بر روی این گروه از بیماران صورت گرفته از حداقل ۱۲ تا حداکثر ۴۰ نفر بود (۹، ۱۲، ۱۹). ما در این پژوهش ۵۶ نفر (در هر گروه ۲۸ نفر) را به عنوان نمونه مورد مطالعه قرار دادیم. ملاک‌های شمول و عدم شمول شرکت کنندگان به صورت زیر بود:

الف) ملاک‌های شمول

- ۱- قرار گرفتن در بازه‌ی سنی ۱۸-۴۰ سال
- ۲- تشخیص دقیق اختلال ملال جنسیتی و رد تشخیص‌های افتراقی بر اساس مصاحبه‌ی ساخت یافته‌ی مبتنی بر راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روان‌پزشکی پنجم (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، برای گروه بالینی.
- ۳- عدم دریافت تشخیص اختلال ملال جنسیتی بر اساس مصاحبه‌ی ساخت یافته‌ی مبتنی بر راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روان‌پزشکی پنجم (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، برای گروه غیر بالینی
- ۴- دارا بودن تحصیلات حداقل دیپلم و بالاتر برای هر دو گروه بالینی و غیر بالینی

ب) ملاک‌های عدم شمول

- ۱- داشتن اختلال مبدل پوشی، بدشکل انگاری بدن، سایکوزها یا اسکیزوفرنی (وارسی بر اساس مصاحبه مبتنی بر اساس DSM-5) برای هر دو گروه بالینی و غیر بالینی.
- ۲- داشتن سابقه‌ی بستری در ۶ ماه گذشته به دلیل مشکلات روان‌شناختی و روان‌پزشکی (وارسی بر اساس پرسش مستقیم در مصاحبه با افراد) برای هر دو گروه بالینی و غیر بالینی.
- ۳- قرار داشتن در بازه‌ی سنی پایین‌تر از ۱۸ سال یا بالاتر از ۴۰ سال
- ۴- دارا بودن تحصیلات پایین‌تر از دیپلم در هر دو گروه بالینی و غیر بالینی.
- ۵- شرکت افراد شرکت کننده در برنامه‌های روان‌درمانی و مشاوره‌ای دیگر در ارتباط با دیگر مشکلات روان‌شناختی (بر اساس پرسش مستقیم در مصاحبه با افراد) در هر دو گروه بالینی و غیر بالینی.

ابزارهای پژوهش در مطالعه حاضر شامل موارد زیر می‌باشد:

۱. پرسشنامه‌ی نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-

۱. استفاده از آمار توصیفی برای تعیین شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق.
۲. استفاده از آزمون خی دو برای مقایسه‌ی فراوانی برخی متغیرها در دو گروه آزمودنی‌های مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و غیرمبتلا.
۳. استفاده از آزمون t مستقل برای مقایسه‌ی نتایج دو گروه در متغیرهای پژوهش.

یافته‌ها

مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ای که در ابتدای روند ارزیابی انجام شد نشان داد هیچ کدام از شرکت کنندگان گروه مبتلا به جز ملاک-های اختلال ملال جنسیتی مشمول سایر تشخیص‌های افتراقی نبودند و نیز تشخیص اختلال ملال جنسیتی و اختلالات افتراقی در مورد گروه غیر مبتلا رد شد. افراد هر دو گروه سابقه‌ی بستری به خاطر مسائل روان شناختی و روانپزشکی در ۶ ماه اخیر نداشتند و در برنامه‌های روان‌درمانی و مشاوره‌ای دیگر در ارتباط با دیگر مشکلات روان‌شناختی نیز نبودند. اما پیش از ارائه‌ی نتایج مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی، تذکر این نکته ضروری است که در انتخاب شرکت کنندگان غیر مبتلا به اختلال ملال جنسیتی، هم‌تاسازی ویژگی‌های جمعیت شناختی با شرکت کنندگان مبتلا انجام شده است. بدین خاطر متغیرهای زیادی در دو گروه بسیار نزدیک و با تفاوت اندکی دیده می‌شوند. از جمله میانگین سنی شرکت کنندگان در هر دو گروه مبتلا و غیرمبتلا نزدیک به یکدیگر و حدوداً برابر ۲۲ سال می باشد، ۶۴ درصد هر دو گروه را افراد دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم تشکیل می دهند. تمامی شرکت کنندگان هر دو گروه مجرد و ۵۸ درصد آنها مؤنث می باشند.

نتایج مربوط به مقایسه میانگین‌های شرکت کنندگان مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و افراد غیر مبتلا در متغیرهای ابزارهای عینی، بر اساس آزمون t مستقل در جدول زیر ارائه شده است.

۱. آماده‌سازی ابزارهای پژوهش و تنظیم مصاحبه‌ی بالینی تحت نظر اساتید.
۲. کسب مجوز اخلاقی از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه.
۳. مشخص کردن مراکز مربوط به مراجعین مشکوک به اختلال ملال جنسی اشاره‌شده در بخش نمونه‌گیری.
۴. مراجعه به مراکز و کلینیک‌های روان‌شناختی و پزشکی، که پذیرای مراجعینی از این قبیل می‌باشند (بخش GRS) کلینیک دی میرداماد. مطب جراح عمومی و انجمن حمایت از بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی) و انتخاب افراد به صورت در دسترس، و انجام هماهنگی‌های لازم جهت ارزیابی.
۵. انتخاب نمونه اولیه بر اساس تشخیص متخصصین مراکز یادشده.
۶. بررسی رضایتمندی شرکت کنندگان برای شرکت در مراحل تحقیق، قبل از شروع اجرای مصاحبه و انجام آزمون‌ها.
۷. انجام مصاحبه‌ی بالینی با افراد مشکوک به اختلال ملال جنسیتی به صورت انفرادی توسط پژوهشگر.
۸. در صورت تایید تشخیص اختلال ملال جنسیتی، اجرای آزمون‌های DASS-21، نگرانی از تصویر بدنی توسط پژوهشگر.
۹. انتخاب نمونه‌ی غیربالینی به صورت مبتنی بر هدف و در دسترس و هم‌تاسازی شده با نمونه‌ی بالینی از بین دانشجویان و کارمندان ساکن شهر تهران که مایل به همکاری بودند و اجرای آزمون‌ها در مورد نمونه‌ی یاد شده توسط پژوهشگر.
۱۰. واردکردن داده‌ها به برنامه SPSS برحسب متغیرهای پژوهش.
۱۱. تحلیل داده‌های به‌دست آمده، متناسب شیوه‌ی تحلیل داده‌ها.

شیوه‌ی تحلیل داده‌ها به صورت زیر بود:

جدول ۱: مقایسه میانگین‌های افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و افراد غیرمبتلا در متغیرهای ابزارهای عینی

سطح معناداری	t مشاهده شده	افراد غیرمبتلا (n=28)		افراد مبتلا (n=28)		نمونه شاخص
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
*.۰۰۱	۲.۸۳	۲.۸۴	۲.۱۷	۴.۸۲	۵.۱۷	افسردگی
*.۰۰۱	۳.۰۲	۴.۲۰	۴.۲۵	۵.۲۰	۸.۰۷	اضطراب
.۰۱۱	۱.۵۸	۴.۶۶	۲.۳۹	۴.۲۳	۴.۲۸	استرس
*.۰۰۱	۳.۰۹	۱۳.۲۳	۱۸.۷۵	۲۵.۶۷	۳۷.۰۷	تصویر بدنی

اضطراب و تصویر بدنی معنادار بوده و در مورد متغیر استرس معنادار نمی‌باشد.

نتایج مندرج در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد در مقایسه با مقادیر بحرانی t، تفاوت مشاهده شده در مورد متغیرهای افسردگی،

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تفاوت نشانه‌های خلقی و اضطرابی و بدنی بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی با افراد غیر مبتلا و نیز بررسی تمایزها و تشابهات این نتایج با نتایج به دست آمده از دیگر پژوهش‌های غیر ایرانی در این مورد بود که برای دستیابی به این پرسش، تلاش کنونی شکل گرفته است. بدین خاطر نمونه‌ی پژوهش حاضر متشکل از دو گروه افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و افراد غیر مبتلا به اختلال ملال جنسیتی هر یک به حجم ۲۸ نفر می‌باشد که نمونه‌ی بالینی شامل گزینش در دسترس افرادی است که توسط گروه LMO (سازمان پزشکی قانونی) تشخیص قطعی اختلال ملال جنسیتی دریافت نموده و به مراکز و کلینیک‌های پزشکی جهت اقدامات لازم در راستای تطبیق جنسیت مراجعه نمودند. نمونه‌ی غیرمبتلا به اختلال ملال جنسیتی شامل افرادی بوده که از نظر ملاک‌های مختلف از جمله سن، تحصیلات و هویت جنسیتی با افراد مبتلا هم‌تاسازی شده‌اند که به صورت در دسترس و مبتنی بر هدف، گزینش شده و مورد سنجش قرار گرفتند.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اقلیت‌های جنسی با مشکلات زیادی روبرو هستند که مهم‌ترین آن‌ها مشکلات اجتماعی و فرهنگی است که موجب طرد شدن این اشخاص از جامعه، انزوا و گوشه‌گیری می‌شود (۱۷). با توجه به بافت فرهنگی کشور ما، پذیرش اجتماعی رفتارهای افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی بسیار سخت و برای فرد مبتلا فرآیند استرس‌آوری است. از سویی وقتی هنجاری از سوی فرد پذیرفته شده باشد ولی با واقعیت اجتماعی در ستیز باشد بر افراد فشار می‌آورد و منجر به انحرافات و مشکلات شخصیتی و روان‌شناختی در این افراد می‌شود (۲۶). همچنین افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی در نتیجه‌ی استرس‌های چندگانه از جمله طردهای خانوادگی و اجتماعی، مسائل مالی و کاری و همچنین مشکلات طی کردن مراحل قانونی تغییر جنس، دچار میزان قابل‌توجهی از آشفتگی‌ها و پریشانی‌های روانی می‌شوند که خود در پیامد روند تغییر جنس، تأثیر سوئی دارد (۵) به طور کلی مطالعه‌ی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد میزان بالایی از مشکلات روان‌شناختی و اختلالات روان‌پزشکی در این افراد قابل تشخیص است. از جمله خودپنداره‌ی منفی، عزت نفس پایین، مشکلات سازگاری، افسردگی، خودکشی و اختلالات شخصیت (۲۷). که نتایج پژوهش حاضر نیز همسو با مطالعات اشاره شده حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه مبتلا و غیرمبتلا در نشانه‌های خلقی و اضطرابی می‌باشد. از جمله مسائل دیگری که در ارتباط با این گروه از مبتلایان مطرح می‌شود بیزاری از جسم و ظاهر فیزیکی خود می‌باشد که منجر به نگرانی از تصویر بدنی ایشان می‌شود (۱۸). مطالعات نشان داده‌اند ایجاد یک تصویر بدنی رضایت‌بخش و تجربه‌ی ذهنی از ظاهر

فیزیکی برای افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی دشوار می‌باشد که این مسئله گاهی اوقات منجر به آشفتگی‌هایی در تصویرپردنی می‌شود. و نیز افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی علاوه بر اینکه به خاطر شکل ظاهری از محیط و جامعه تحت فشار هستند، اشتغال فکری فراوانی نسبت به بدن خود دارند و به صورت وسواس گونه‌ای به کاوش جسم خود می‌پردازند و همواره گرایش به بدریخت‌انگاری بدن خویش دارند (۱۸). پژوهش حاضر نیز در تایید نتایج قبلی بیانگر نگرانی از تصویر بدنی در این گروه از بیماران می‌باشد. با توجه به اینکه افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند، معمولاً احساس خوبی نیز نسبت به زندگی خواهند داشت اما تصویر ذهنی که مورد پذیرش فرد نباشد، منجر به تغییراتی در احساس ارزشمند بودن فرد می‌شود (۱۹) می‌توان گفت این مسئله خود نیز می‌تواند در سایر مسائل روان‌شناختی از جمله افسردگی و کناره‌گیری از محیط ایفای نقش نماید و نیز همانطور که پژوهش‌ها نشان داده‌اند این نگرانی در مورد ظاهر جسمانی می‌تواند ارتباط مستقیم با اختلال در عملکرد جنسی و نیز ابتلا به اختلال‌های خوردن داشته باشد (۲۰). باتوجه به مسائلی که ذکر شد اهمیت توجه به این بعد از مسائل افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و ارائه‌ی راهکارهای مناسب در جهت کمک به ایجاد یک تصویر بدنی رضایت‌بخش و تجربه‌ی ذهنی از ظاهر فیزیکی به این گروه از افراد آشکار می‌شود.

محدودیت عمده این تحقیق حجم کم نمونه است که عمدتاً به دلیل عدم دسترسی و نیز عدم همکاری این بیماران است. مسلماً این محدودیت تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌کند اما از اهمیت مطالعات موردی و سری نمی‌کاهد. همچنین شرایط به نسبت مساعد آزمودنی‌ها، یکی از عوامل مهم همکاری آنها بوده است در حالی که بسیاری از افراد مبتلا که شرایط نامساعد اقتصادی، اجتماعی یا جسمی و روانی داشتند حاضر به همکاری با ما نبودند که این مسئله به نوبه‌ی خود موجب محدود شدن گستره‌ی نتایج این پژوهش به قشر محدودی می‌شود که نمی‌تواند به درستی معرف جامعه‌ی مبتلایان به اختلال ملال جنسیتی باشد و این مسئله در عین حال تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌کند.

تمامی نتایج به دست آمده از این پژوهش، هم قابل اتکا است و هم غیرقابل اتکا، اگر به آن‌ها به عنوان یک پژوهش محدود با ویژگی‌های خاص خود نگاه کنیم، می‌تواند بخشی از سبد پژوهش‌های در این باره در ایران باشد و زمینه‌ی پژوهش‌های آینده، و بنابراین قابل توجه، اما اگر به آن‌ها به عنوان نتایج یقینی نگاه کنیم، نگاهی غیرعلمی، غیرمنطقی و غیرقابل اتکا خواهد بود. بنابراین پژوهش حاضر تنها با وجود محدودیت‌های خود، امید به آینده و روی به سوی آینده‌نشسته است، پژوهش‌های فردا می‌تواند تأیید یا رد یافته‌ها را عینی‌تر و عریان‌تر سازد.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از تمامی شرکت کنندگان و همکاری کنندگان در گردآوری داده‌های پژوهش سپاسگزاری به عمل می‌آید.

References:

1. Volkan V. Aggression among transsexuals. In 129th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Miami, Florida. 1976; 5(2): 134-214
2. Greenberg RP, Laurence L. A comparison of the MMPI results for psychiatric patients and male applicants for transsexual surgery. The Journal of nervous and mental disease. 1981;169(5):320-3.
3. Schrock DP, Boyd EM, Leaf M. Emotion work in the public performances of male-to-female transsexuals. Archives of sexual behavior. 2009;38(5):702-12.
4. Affatati V. The Contribution of Forensic Pycodiagnostic in Legal Medical Evaluations Regarding the Amendment of Sex Assignment: The Rorschach Test. Journal of Forensic Research. 2015;6(2):1.
5. Gómez-Gil E, Vidal-Hagemeijer A, Salamero M. MMPI-2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment: Comparison of patients in prehormonal and presurgical phases. Journal of personality assessment. 2008;90(4):368-74.
6. Littleton H, Axsom D, Pury C. Development of the body image concern inventory. Behav Res Therapy. 2005; 43(2):41-229
7. Jafarzade M, Alipour A, Oraki M, Ghasemzade A. Comparing attachment styles and coping strategies for people with gender identity disorder with and without gender identity disorder. Quarterly Journal. 2013; 2(1): 51-62 [Persian].
8. Behravan H, Bayani H. Social determinants of gender identity disorder. Journal of Social Science Faculty of Literature and Humanities University of Mashhad. 2011; 15(2): 43-61. [Persian].
9. Di Ceglie D. Gender identity disorder in young people. Advances in Psychiatric Treatment. 2000; 6(6): 458-466.
10. Aghabikloo A, Bahrami M, Saberi SM, Emamhadi MA. Gender Identity Disorders in Iran; Request for Sex Reassignment Surgery. International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine. 2013; 2(4): 128-134. [Persian].
11. de Vries AL, Kreukels BP, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Comparing adult and adolescent transsexuals: an MMPI-2 and MMPI-A study. Psychiatry Research. 2011;186(2):414-8.
12. Barišić J, Milosavljević M, Duišin D, Batinić B, Vujović S, Milovanović S. Assessment of Self-Perception of Transsexual Persons: Pilot Study of 15 Patients. The Scientific World Journal. 2014;13 (3): 201-212
13. Zucker KJ, Bradley SJ, Owen-Anderson A, Kibblewhite SJ, Wood H, Singh D, et al. Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. Journal of Sex & Marital Therapy. 2012;38(2):151-89.
14. Javaheri F, Hoseinzade M. Gender Identity Disorder social consequences of social capital and quality of life wants sex change

- in Iran. Iranian Journal of Social Studies. 2011; 3(1): 56-68. [Persian].
15. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). Washington, DC: American psychiatric association. 1994:143-7.
 16. Wylie K, Barrett J, Besser M, Bouman WP, Bridgman M, Clayton A, et al. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy*. 2014;29(2):154-214.
 17. Alikhah F, Naserani M. Experience stigma and gender identity disorder, the effects and consequences. *Journal of School of Public Health and Institute of Health Research*. 2015; 13(1): 43-56. [Persian].
 18. Peplau LA, Frederick DA, Yee C, Maisel N, Lever J, Ghavami N. Body image satisfaction in heterosexual, gay, and lesbian adults. *Archives of sexual behavior*. 2009;38(5):713-25.
 19. Jomeen J, Martin C.R. Self-esteem and mental health during early pregnancy. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 2005; 9(1): 92-95.
 20. Ålgars M, Santtila P, Sandnabba NK. Conflicted gender identity, body dissatisfaction, and disordered eating in adult men and women. *Sex Roles*. 2010;63(1-2):118-25.
 21. Miach PP, Berah EF, Butcher JN, Rouse S. Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. *Journal of personality assessment*. 2000;75(2):268-79.
 22. Rahimpour V, Moosavi F, Raisi M, Khodabande F, Bohrani N. Comparison of quality of life for patients with gender identity disorder after gender reassignment surgery with ordinary women in Tehran. 2013; 74(4): 10-19. [Persian].
 23. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2003;42(2):111-31.
 24. 24-Asghari Moghadam MA, Dibajnia P, Zangane J. A preliminary study of validity and reliability factors of depression, anxiety and stress (DASS) in the case of non-patients. 2008; 31(4): 23-34. [Persian].
 25. Mohammadi N, Sobhaninejad M. Concerns about body image, fear of negative evaluation and self-esteem and social anxiety. *Modern psychological research (Psychology, University of Tabriz)*. 2007; 2(5): 55 – 70. [Persian].
 26. Basaknejad S, Ghafari M. The relationship between psychological disorders and body dysmorphic fear of students. *Journal of Behavioral Sciences*. 2007; 1(2): 179-187. [Persian].
 27. Tavasoli A, Hoseynian A, Saberi M. Social Factors contributing to accelerate action on gender reassignment surgery in patients with gender identity disorder. *Scientific Journal of Forensic Medicine*. 2013; 20(2):19-26. [Persian].